

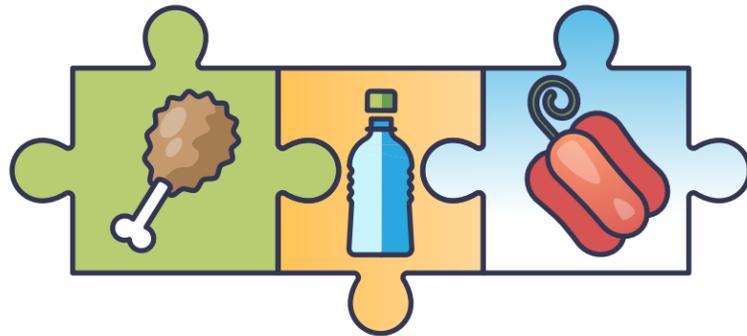
MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE QUADRO GRAVE DE TARE EM ADULTO NO HOSPITAL GERAL: UM RELATO DE CASO

Maria Vitória Lucena Zanetti¹, Rodrigo Barreto Huguet²

1- Acadêmica de Medicina na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais 2- Psiquiatra de Ligação da Rede Mater Dei

INTRODUÇÃO

O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) é caracterizado por perda substancial de peso e deficiência nutricional devido à evitação ou restrição persistente de alimentos ou alimentação. Ao contrário de outros transtornos alimentares, ele não está relacionado a preocupações com peso ou distorções de imagem corporal, mas pode apresentar sintomas em comum, como exercitar-se excessivamente e êmese auto-induzida. A restrição/evitação pode ter relação com desinteresse em comidas ou alimentação, incômodo por sensibilidade sensorial, secundária a evento/trauma, ou preocupações sobre possíveis consequências negativas em se alimentar. Apesar de mais comumente diagnosticado na infância e adolescência, ele pode ocorrer em qualquer faixa etária. Ademais, o manejo do TARE tem alto nível de complexidade e deve ser individualizado, considerando fortemente qual o vínculo do paciente com a alimentação. Além disso, a relação dos profissionais de saúde com o paciente e o envolvimento deste no próprio tratamento é de grande relevância para o sucesso terapêutico, tendo em vista que este abrange a reabilitação de hábitos e crenças alimentares pouco flexíveis. A farmacoterapia também pode ser considerada como coadjuvante para alívio de algum sintoma específico, apesar de não ter capacidade resolutiva para o quadro.



Fonte: VectorMine. Disponível em: Canva. (Uso Livre).



Fonte: RESA de sketchify, via Canva. (uso livre)

OBJETIVOS

Conscientização sobre o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), e sobre a possibilidade de seu agravamento. Como também a relevância da atuação multidisciplinar no manejo, que deve ter enfoque na psicoeducação e realimentação.

METODOLOGIA

Inicialmente foi obtida a autorização da paciente para o desenvolvimento do relato de caso, e então a revisão de prontuários médicos de internação. Concomitantemente, foi realizada uma análise de TARE pelo DynaMed, de artigo "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder." Debra K. Katzman. 2019. Como também na sessão de transtornos alimentares no DSM-5, e no capítulo de "Transtornos alimentares do Hospital Geral" do Livro "Psiquiatria de Ligação".

RESULTADOS

A paciente R.N.M, de 25 anos, foi internada em Hospital Geral após quadro de Síncope, Bradicardia e Hipoglicemia. Apresentava altura de 1,63m, peso de 30kg (IMC=11), desnutrição importante, caquexia, desidratação e risco de óbito por quadro de TARE. Disponha de Humor eufímico, sem delírios expressos, porém desprovida de crítica quando a gravidade do seu quadro. Não haviam queixas prévias além de perda progressiva de 20kg em um ano, e comportamento alimentar sistemático, restrito a poucos alimentos em quantidades selecionadas, e refeições muito demoradas. Além disso, a paciente referia insatisfação com a perda ponderal, e desejo de ganho de peso e massa muscular. A equipe multidisciplinar formada pela psiquiatria, nutrição, psicologia, enfermagem e fisioterapia foi acionada, e durante a internação reuniu-se ao menos uma vez por semana para definir estratégias seguras de reabilitação nutricional, e adaptar o manejo do caso clínico conforme a resposta da paciente e seus familiares. O foco do plano terapêutico foi a realimentação segura, com introdução gradual de variedades e proporções, e a psicoeducação da paciente e sua família sobre a gravidade do quadro, como também sobre a importância do tratamento e alimentação adequada para a recuperação, de modo a aumentar sua confiança, motivação, e adesão. Ademais, adotaram-se estratégias como supervisão de refeições e diário alimentar, psicoterapia, pesagens frequentes e avaliação de necessidade de suplementação pela nutrição. Também foi prescrito Olanzapina, mas não houve adesão pois a paciente alegou diplopia. Inicialmente, houve recusa dos cuidados e grande resistência, com rejeição de variedades alimentares e adiamento/demora em refeições, e demanda de alta mesmo diante do risco de vida. Contudo, com uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e a paciente e família, e conforme a aplicação das estratégias individualizadas discutidas pela equipe multidisciplinar, e a adaptação do manejo conforme progressão do caso, a paciente passou a apresentar melhora geral. Com aumento em sua consciência crítica sobre a gravidade do quadro, como também de sua motivação em participar e colaborar com o tratamento, eventualmente apresentando ganho de peso progressivo estável e alcançando o peso de 37,2 kg e IMC=13,93. Sendo assim passível de tratamento ambulatorial. Na primeira consulta psiquiátrica pós alta, já apresentava IMC de 15,36.

CONCLUSÃO

Transtornos alimentares, independentemente da forma, podem evoluir com gravidade. Diante de risco de vida, o tratamento deve ser realizado em hospital geral, com equipe multidisciplinar. A abordagem do TARE deve priorizar a realimentação e a psicoeducação, visando promover confiança, adesão e motivação do paciente e de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Artmed, 2023. p. 399-403.
- CORREA, Humberto; HUGHET, Rodrigo Barreto. Psiquiatria da ligação: prática de uma especialidade integradora. Belo Horizonte: Editora Ampla, 2024.
- DynaMed. Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID). EBSCO Information Services. Accessed May 2025. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): <https://www.dynamed.com/topic/T1692137452649>
- Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2019 Mar;42(1):45-57. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.003. Epub 2018 Dec 22. PMID: 30704639.